***ADATLAP
korlátozó intézkedés elrendeléséhez***

*[a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 101/A. § (3) bekezdéséhez]*

Az ellátott neve: ..................................................................................................................

Születési idő: .......................................................................................................................

A korlátozó intézkedés kezdetének időpontja:

év: ........ hó: ......................... nap: ....... óra: ....... perc: ......

A korlátozó intézkedés formája és leírása:

*A)* fizikai:

szabad mozgás korlátozása: ................................................................................................

fokozott ellenőrzés: .............................................................................................................

*B)* kémiai: .................................................................................................. adása, i.m., i.v.

Az elrendelő neve: ................................................................... beosztása: - orvos

- vezető ápoló

Ha nem orvos, akkor az orvosi jóváhagyás időpontja:

év: ........ hó: ........................ nap: ....... óra: ....... perc: ......

Az elrendelés rövid indokolása:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

A korlátozó intézkedés feloldása: ......................................

A korlátozó intézkedés során szolgálatot teljesítő egészségügyi, szociális dolgozó(k)

Neve: .................................................................... beosztása: .................

Neve: .................................................................... beosztása: .................

Neve: .................................................................... beosztása: .................

Neve: .................................................................... beosztása: ................

Az intézet pszichiáter orvosának tájékoztatása megtörtént:

év: .... hó: ................. nap: ....... óra: ....... perc: ......

További intézkedés: szükséges - nem szükséges

|  |  |
| --- | --- |
|  ............................................................intézményvezető aláírása |  ............................................................intézmény orvosának aláírása |

**BETÉTLAP**

*A korlátozó intézkedés időtartama alatt végzett ellátás dokumentálásához*

Név: ....................................................................................................................................

Születési idő: .......................................................................................................................

Szobaszám: .........................................................................................................................

Diagnózis: ...........................................................................................................................

Terápiás terv elkészítésének időpontja veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető állapotra: .............................................................................................................................

1. Az intézkedés elrendelését megelőző állapotváltozás, tünetek feljegyzése:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

2. Korlátozás folyamata, eredménye:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Ápolási diagnózis |  Ápolási cél |  Ápolási feladatok |  Ápolási eredmény |  Aláírás |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

3. Eseménynapló:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Dátum, idő |  Esemény leírása |  Aláírás |
|   |   |   |

4. Lezajlott esemény megbeszélésének időpontja, illetve fenti eseményre készült terápiás terv módosítása az ellátottal:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

5. A korlátozás eredményességének rövid összefoglalása:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

6. Ellátottjogi képviselőhöz eljuttatva:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  ............................................................intézményvezető aláírása |  ............................................................intézmény orvosának aláírása |
|  |  |

A korlátozó intézkedés során szolgálatot teljesítő egészségügyi, szociális dolgozó(k) aláírása:

.............................................................................................................................................